

免費健康保險!!!

快速道 Medi-Cal 計劃

身為 CalFresh 的參與者, 你可能會自動地符合 Medi-Cal 的資格. 你只需要使用以下其中一種方式給予我們你的“允許”.



郵寄

請在隨函附寄的紙張中, 告訴我們你想要為誰獲得免費的健康保險. 簽署姓名並使用隨函附寄並且郵資已付的信封, 寄回本信函.



致電

在週一到週五, 上午 7:30 – 下午 5:30 之間, 致電顧客服務中心, 電話號碼是:

(626) 569-1399; 或
(310) 258-7400; 或
(818) 701-8200; 或
免費電話(866) 613-3777

不需要申請或提供額外的資訊!!!

使用免費的健康保險, 你可以為下列事項節省開支:



- ✓ 醫生門診以及檢查
- ✓ 住院
- ✓ 處方藥
- ✓ 心理健康照顧
- ✓ 酗酒藥物濫用照顧
- ✓ 某些牙科照顧

需要更多資訊嗎? 請登訪:

www.ladpss.org/dpss/calfresh/default.cfm



快速道
Medi-Cal 計劃

個案姓名: _____
個案 #: _____
代號 #: _____
區域辦事處: _____

是的! 我想要獲得免費的健康保險. 請填寫下列.

姓名 _____	出生日期 _____

不, 我對於從快速道獲得免費的 Medi-Cal 計劃沒興趣. 請告訴我們你不感興趣的原因.

- 我/我們已經有 Medi-Cal 或已經申請了 Medi-Cal.
- 我/我們已經有其他的醫療保險.
- 我/我們只是不想申請.
- 其他: _____

_____ 簽名 _____ 日期

電話號碼 _____ 電子郵件 _____
(如果適用) (如果適用)